
Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040928 Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CICERA AMANCIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001433**

Conta: **0000043768-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ L

SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

040.798.664-29

Nome completo da vítima:

Clara Amâncio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Clara Amâncio da Silva

6 - CPF:

040.798.664-29

7 - Profissão:

Agricultura

8 - Endereço:

Rua Belizário Gomes Barreto

9 - Número:

28

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Cristóvão

12 - Cidade:

Afogados da Ingazeira

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.800-000

15 - E-mail:

claraamancio18@gmail.com

16 - Tel (DDD):

87 999226478

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1433

012

CONTA:

43768

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

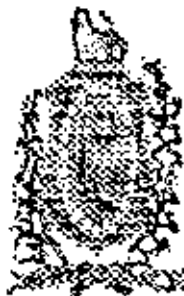
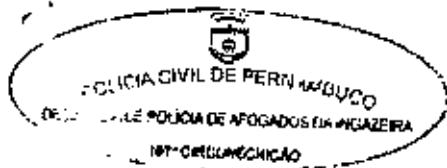
Clara Amâncio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

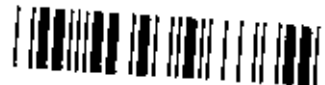
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 13ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DPMPC/CRIC DINTER/20º DEZEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0257002525

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/12/2019 às 15:40

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cidreira (Comunidade) que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, PE 320 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA, PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO SILVERIO DE SOUSA (OUTRO)
LUCIENDE AMANCIO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CICERA AMANCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CICERA AMANCIO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CICERA AMANCIO DA SILVA (presente de plano) - Sexo: Feminino; JOSEFA MARIA DA SILVA
Pai: ARLEJO ALENCIO DA SILVA Data de Nascimento: 27/2/1978 Nacionalidade: SOLIDAO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 040004088PE (RG), 0107000120 (CPF) Estado Civil:
ACASADO(a) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTORA Têl/desde Celulares:
- 8700228475

Residência: RUA CELZARIO GOMES CARRETO, SÃO CRISTOVÃO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA, PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 2, CASA -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA, PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIENDE AMANCIO DA SILVA (presente de plano) - Sexo: Feminino; JOSEFA MARIA DE
SOUZA SILVA Pai: ARLEJO ALENCIO DA SILVA Data de Nascimento: 22/10/79 Nacionalidade: TABOIRA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 730207088PE (RG), 0016332402 (CPF) Estado Civil:
ACASADO(a) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA Têl/desde
Celulares:
- 0750321031

Residência: TERCEIRA TRAVESSA JOSÉ DE CÁ CARANHAO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA, PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 11, CASA -
CEP: 55000-000 - Bairro: SÃO FRANCISCO - AFOGADOS DA INGAZEIRA, PERNAMBUCO/BRASIL



CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Proco Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 55000-000 - Afogados da Ingaizera (PE).
Tel.: (81) 3938-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi
apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,90, TSNR R\$ 0,70,
FERC R\$ 0,35 FERM R\$ 0,03 e FUNSEC R\$ 0,07, ISS: 0,17

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selo_digital.
10/01/2020 14:23:10 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS

SANTOS - Substituto

Selo: 0150599.BRU12201901.01293

Lucilio Valério S. dos Santos
Escritor Substituto

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: O não conhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

ANTONIO SILVERIO DE SOUSA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): ANTONIO SILVERIO DE SOUSA, que estava
em posse do(s) Sr(s) CICERA ARAUJO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 10 Objeto apreendido: Não
Cor: LARANJA - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA
Placa: KNY-3730 (PERNAMBUCO/TABARA) Registro: 12220001 Chassi: ECZIC132C10005150
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000 Com combustível: ALCOOL/ETANOL

Complemento / Observação

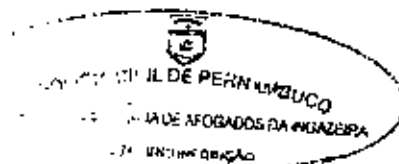
INFORMA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA DESCRITA, SENTADO TAMBEM APOIADOS DA
CIGARETA, NAS FLORESTAS DA ENTRADA DA VARZINHA, UMA CRIANÇA COM A MOTOCICLETA
ENTROU DE REPENTE NO CAMINHO DO ASFALTO, CICERA TENTOU DESVIAR, MAS ACABA COLIDINDO COM A
RODA DA MOTOCICLETA, LOGO, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA O
HOSPITAL REGIONAL, NESTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO. MAS, DEVIDO A GRAVIDADE
DAS LESOES, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MEMORIAL JARDIM DO SOL. SOFREU FRATURA DO
OSSO DO MEMBRO ESQUERDO, CONFORME DOLETA ENVIADA. ADICIONA, QUE A CRIANÇA DA
MOTOCICLETA NÃO SE ENCONTRA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

CICERA ARAUJO DA SILVA
(VITIMA)

LUCIENNE ARAUJO DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: UENO EDUARDO DE VASCONCELOS GOMES - Matrícula: 2731186



CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Prova Monsenhor Alfredo da Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56600-000 - Afogados da Ingazeira (PE).
Tel.: (81) 3838-1303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi
apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol R\$ 2,90, TSNR R\$ 0,70,
FERC R\$ 0,35 FERM R\$ 0,03 e FUNSEG R\$ 0,07, ISS:
0,17 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
10/01/2020 14:23:10 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS
SANTOS - Substituto
Selo:0150599.BNP12201901.01294



Lucilio Valerio S. dos Santos
Escrevente Substituto

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040928 Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200040928** 3 - CPF da vítima: **04079866429** 4 - Nome completo da vítima: **CICERA AMANCIO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **CICERA AMANCIO DA SILVA** 6 - CPF: **040.798.664-29**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA BELIZARIO GOMES BARRETO** 9 - Número: **28** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **SÃO CRISTOVÃO** 12 - Cidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56800-000**
15 - E-mail: **CIGERAAMANCIO18@GMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **87-99922-6478**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3433** **013** CONTA: **43768** **8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **09/03/2020 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: ARCOVERDE

DISTRITO DE: ARCOVERDE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 7.377

Eu, CLEONICE IZABEL DE QUEIROZ GOIS \$\$\$ OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 178 do livro "A" 07 do registro de
nascimento, foi feito o assento de CIDERA AMANCIO DA SILVA \$\$\$
nascido no dia vinte e sete (27) de fevereiro
de mil novecentos e setenta e cinco (1975) \$\$\$
às quatro (04) horas, em Seledão - Pernambuco.

do sexo feminino
filho de Arlindo Amancio da Silva \$\$\$ -
e Josefa Maria da Silva \$\$\$
sendo avós paternos Cosmo Atanasio da Silva \$\$\$
e Francisca Ana da Silva \$\$\$
e maternos Sebastião de Souza da Silva \$\$\$
e Maria Minervina da Anunciação, falecida \$\$\$

Foi declarante O GENITOR \$\$\$
e serviram de testemunhas Aminadab Teles Guimarães \$\$\$
e Adjar Maciel Cambui \$\$\$

OBSERVAÇÕES: Registrada de acordo com a lei em vigor. \$\$\$
\$\$\$ \$\$\$ \$\$\$

Valor (Lei 11.404/96) R\$ 3,00 \$\$\$
TOTAL R\$ 3,00 \$\$\$

Registrado em 13 de agosto de 1979.

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Arcoverde

17

de

setembro

de 19 79

[Handwritten signature]
Oficial



Registro: 15694 Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA Data de nasc.: 27/02/75

Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 22/11/2019 Hora: 17:48

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ

Exame Físico:

DOR / DEFICIT FUNCIONAL DE OMBRO ESQ

Resultados de Exames:

RX FRATURA DE UMBRO PROXIMAL ESQ - AO 11A2

Conduta:

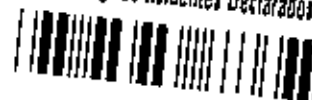
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE UMBRO PROXIMAL ESQ

Óbito: Não

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



Dr. DIOGO CESAR DE SOUZA BEZERRA
CRM: 21796

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000043768-8

Nr. da Autenticação 6E0C30F1BED47AA6



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.420.512/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

ADOS DO CLIENTE

CICERA AMANCIO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BELIZARIO GOMES BARRETO 28

CPF 040 783 684-29 NIS 203893901134

SÃO CRISTÓVÃO/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

LABORAÇÃO

BA RESIDENCIAL
BAGAREMDO COMANS

2107428014 08/2019
DATA DE FISCALIZAÇÃO

08/07/2019 14087
21/07/2019 2001752357 14087

28/07/2019 28/07/2019

140,79

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,34754794	7,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,42435730	29,70
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	118,0000000	0,63554135	75,14
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,12
Contribuição Pública Municipal			21,04
ICMS Subvenção COE NF 060230112-124/113			1,19
ICMS Subvenção Bateria Remota			1,25
Multa por atraso NF 058381328 - 26/03/18			2,30
Juros por atraso NF 058381328 - 26/03/18			1,41
Atualização ICPU NF 056361325 - 26/03/18			0,23

TOTAL DA FATURA

140,79

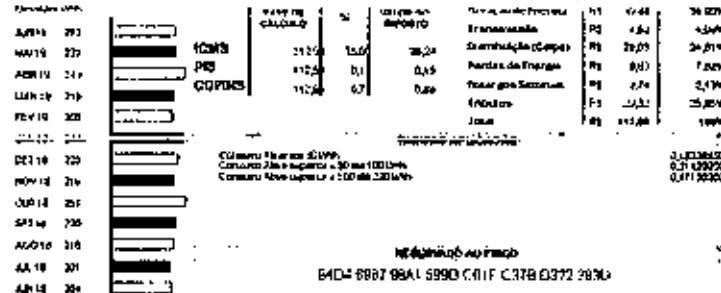
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	MPD	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
31/03/2019	C+P	28-03-2019	17 661,14	27-04-2019	17 661,14	25	1,0000		218,00

DECOMPOSIÇÃO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA

DECOMPOSIÇÃO DO CONSUMO



NOTA FISCAL EM FOLHA ÚNICA

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

VENIO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	VENIO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
VENIO	27/04/19	170,85	VENIO	01/05/19	VENIO

Se você possui uma conta em aberto, não compareça ao ponto de venda para pagar a conta. Caso contrário, a conta será considerada em aberto e você poderá ser penalizado com a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
CONSUMO	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Cícera Amancio da Silva

REGISTRO: 778303 DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1975

RG: 6.498.064 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua: Belizário Gomes Barreto n. 28

Bairro: Cristóvam Afegador de Ingoeiro

NOME DA MÃE: Josefa Maria da Silva

DATA ADMISSÃO: 29/11/2019 DATA ALTA: 07/12/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 05/12/2019 CID: S42.2

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Superior
do Úmero Esquerdo - II

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Proximal do Úmero Esquerdo
+ Burssectomia + Neurectomia + Osteotomia

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 08 DE Jan DE 2020

05567233000
Cópia para o paciente

MÉDICO

Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 07/12/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Dr. Elder Carvalho
CRM/PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA	
Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 26, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	
Prescrição: NOVOTRAM 100mg ----- 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

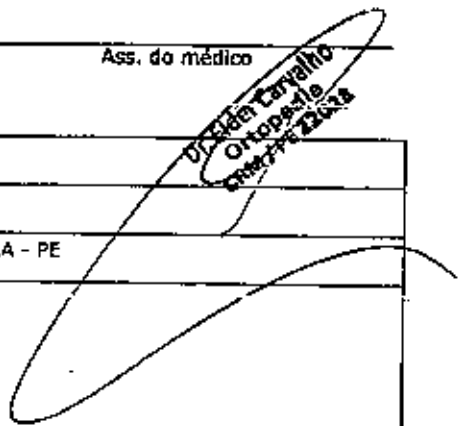
DATA: 07/12/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente	
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA	
Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 26, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	
Prescrição: NOVOTRAM 100mg. ----- 02 CAIXAS.	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	


Elder de Vasconcelos
Carvalho
Ortopedista
CRM/PE 22023

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 29/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 05/12/2019

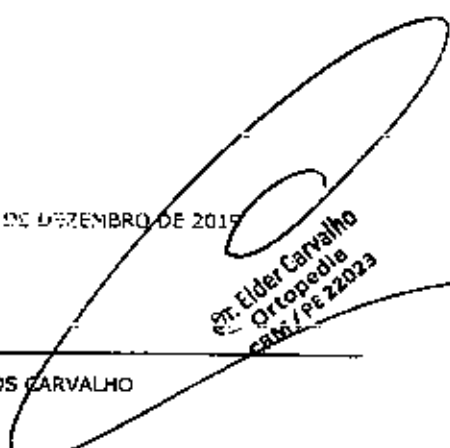
DATA DE ALTA: 07/12/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 19/12/2019 **HORÁRIO:** 07:00.

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 17 DE DEZEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO


Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22023

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CICÉRA AMANCIO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 778303

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO AP E PERFIL ESCAPULAR

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Osvaldo
Macedo Coimbra
CRM/PE 22023

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

USO ORAL

1. LIDAZOL-DIP ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

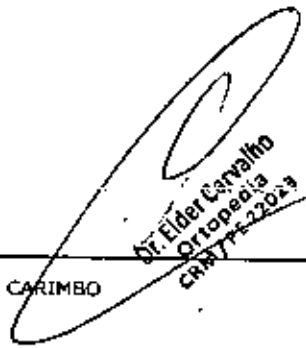
09112119
FARMACIA GUE
11.11.2019

SUS = 705 4004 6960 7299

CEP: 54160-000
JABOATÃO

DATA: 07/12/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM 774.220-9



NOME: CICERA AMANCIO DA SILVA

DATA: 22/11/2019

RECEITUÁRIO

USO ORAL

- FLANCOX 500MG-----01CX
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 05 DIAS.

- LISADOR DIP-----01CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Dr. Diogo Cesar de Souza Bezerra

Dr. DIOGO CESAR DE SOUZA BEZERRA
CRM : 21796

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgílio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CICEA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Atendimento: 256488

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE UMERU PROXIMAL ESQ

CID: S422

Procedimento Solicitado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Manutenção Previsto:

0415010012

Procedimento Realizado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

0403020032 + exte + 0408060085 + 0408060085

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

06. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☒ Diária de Acompanhante

Di e Anti - Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU

Diagnóstico Secundário:

Forma de Alta:

melhorado

Data de Internação: 29/11/2019

Data da Alta:

01/12/19

Dias de hospitalização:

8

dia (s).

LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



HOSPITAL
DE JABOATÃO
R. Manoel Rabelo, 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE 54160-000

Usuário: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Data: 05/12/2019 14:11:46

Hora: 14:11

5647301 8097

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Apresentação: 256498

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE UMERU PROXIMAL ESQ

CID: S422

Procedimento Solicitado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Responsabilidade Prevista:

0415010012

Procedimento Realizado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Intervenção - 0403050077 + extensão - 0408060085 - Rins...

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Interv - 0408060085

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

06. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - P. J. G.
Data: 05/12/2019
Assinado por: CPF: 000.000.000-00

PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU

Diagnóstico Secundário:

Forma da Alta: melhorado

Data de Internação: 29/11/2019

Data da Alta: 07/12/19

Dias de hospitalização: 8 dia(s).

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
CRM: 23550

Laudo para solicitação de autorização de Internação - SES

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do paciente		Nº Protuário	
CICERA AMANCIO DA SILVA		778303	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor
	27/02/1975	Masc. ☐ Femi. ☐	
Nome da Mãe		Telefone de contato	
JOSEFA MARIA DA SILVA			
Nome Responsável			
Endereço		Numero	Bairro
RUA SILIZARIO GOMES BARRETO		26	CENTRO
Município	IBGE	UF	CEP
MOGADOS DA INGAZEIRA			56800000
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM MOTO HA 8 DIAS, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSE.			
Condições que justificam a internação			
ATAMENTO CIRURGICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIOGRAFIA COM FRATURA			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE UMERU			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
INTERNAMENTO			
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
ORTOPEDIA		☐ CNS ☐ CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MILENA ALVES		29/11/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acid. Trabalho típico			
☐ Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO
Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado
		☐ Aposentado	☐ Não Segu
AUTORIZAÇÃO			
Nome do Profissional Autorizador		Lod. Orgão Emissor	
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
☐ CNS ☐ CPF	Secretaria de Saúde - PJGP		
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
	Medica Au		
Sector	CPF		

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 256488

Nascimento: 27/02/1975

Responsável:

Prontuário: 778303

Sexo: Feminino

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 29/11/19 19:10:30

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 2 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 6498064

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 705400469607299

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 26, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO 02

Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM MOTO HA 8 DIAS, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSE.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

S+, NEGA DM, FAZ USO LOSARTANA 50MG 12/12H
NEGA ALERTGIAS

EXAME FISICO GERAL:

EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 3T BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MM+ EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

EXTREMIDADES SEM EDEMAS

POTERE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE UNERO F 2 - HAS

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374



MEMORIAL JABOATÃO

Unidade de Saúde de Jaboatão

Usuário: OSVALDO JOSE MACEDO

Data: 05/12/2019 12:52:08

Hora: 12:52

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Atendimento: 256488

Unidade de Internação / Leito: ENF 14 - LETTO 02

Sexo: Feminino

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA (040806019-0) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMEROS PROXIMAL ESQUERDO (040802033-4) + BURSECTOMIA (040806008-5)

Data: 05/12/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE

3. DESINFECÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO DELTO PEITORAL ESQUERDA ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA

5. BURSECTOMIA

6. OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA ALINHAMENTO DE REDUÇÃO

7. REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA ANATÔMICA DE UMEROS COM PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAL

8. NEURÓLISE DE NERVO RADIAL DISTAL A PLACA

9. LAVAGEM COM SF

10. REVISÃO DA HEMOSTASIA

11. FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedista / Traumatologista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.658 / TEOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

CICEBA, AMANCIO DA SILVA,
Sexo: Feminino
Data de nascimento: 27/02/1975
ID: 775203

Date de expir: 05/12/2019
Hora de expir: 15:44:02
Indice de exp: 2025

Fsq.

CONIBRO
AP
VW: 4095, L 2043
ID de identificação

7cm

Carstream Health RAD Hospital

Excede 0.0

20cm

12cm

MANCIO DA SILVA,
INO
ascimento: 27/02/1975

Data de aquis.: 27/02/19
Hora de aquis.: 17:51:44
Indice de exp.: 1192

17cm

Carstream Health R&D Inc. 2017

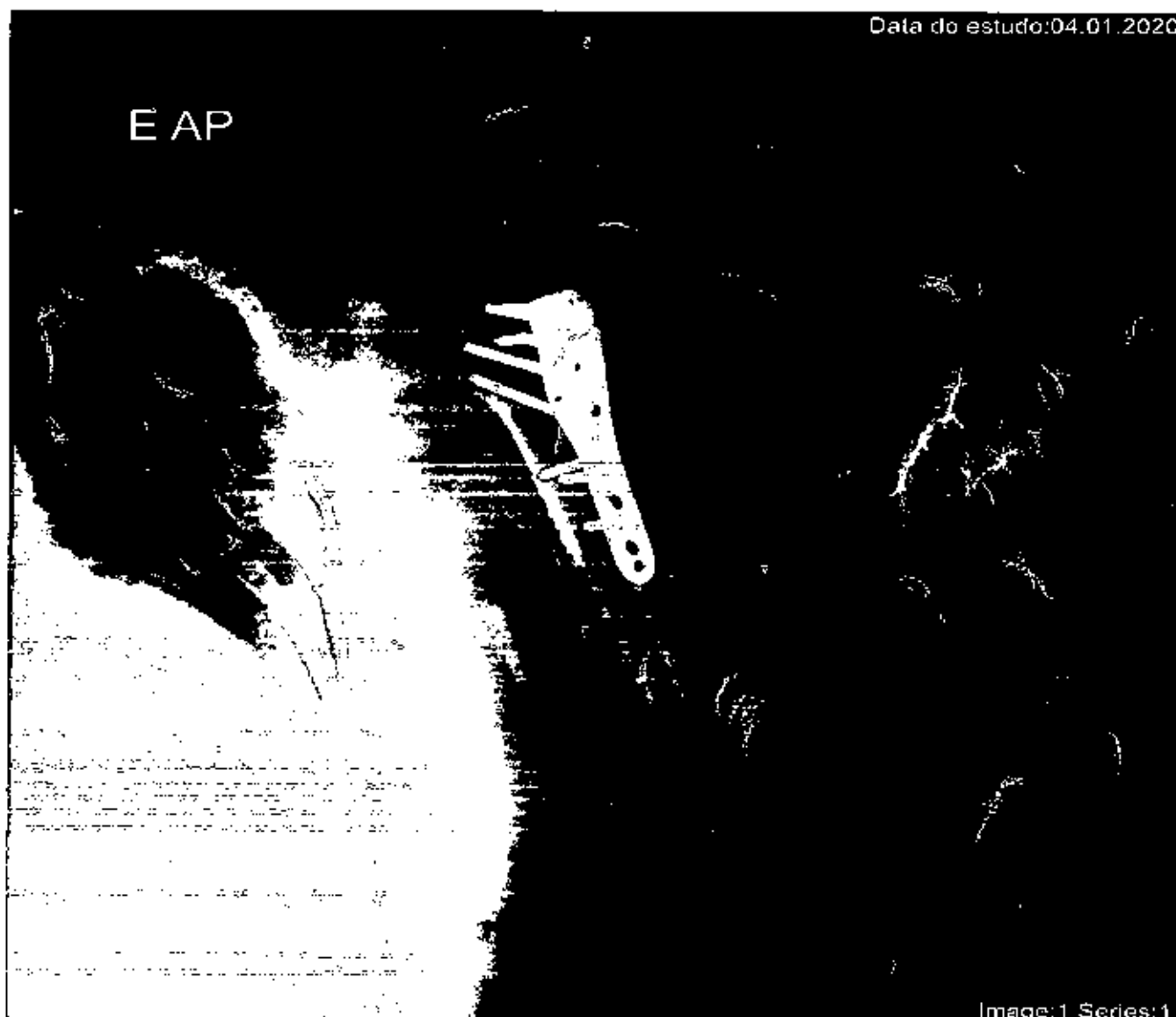
12cm

PatientID: 20200104CONTROLE
PatientName: CICEIRO AMANCIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 27.02.1975
Age: 44a.

Data do estudo:04.01.2020

EAP



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
DEPARTAMENTO DE HABILITAÇÃO		
	NOME CICEIA AMANCIO DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. CIVIL / UF 4498864 RJ RJ	
	CPF 048.798.664-29	DATA NASCIMENTO 27/02/1975
	FILIAÇÃO JOSEFA MARIA DA SILVA	
	PERMISSÃO A	
Nº REGISTRO 05076681000		
VALIDADE 15/09/2028		
P. HABILITAÇÃO 13/11/2010		
OBSERVAÇÕES Sem observações		
<i>Cicely Amancio da Silva</i>		
ASSINATURA DO TITULAR		
LOCAL APOGADOS DA INDEPENDÊNCIA - RJ	DATA EMISSÃO 16/09/2013	
<i>[Signature]</i>		
25431641191 PR0668771878		

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1104843520

PROIBIDO PLANTILHA
1104843520

- REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº015100605476
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA OOD RENAVAM RNTRG EXERCICIO
 1 104629204 ***** 2019

NOME
 ANTONIO SILVERIO DE SOUSA

TABIRA-PE 0

OFF CNPJ PLACA
 026.408.034-03 KKW5730

PLACA ANT UF CHASSI
 ***** /PE 9C2KC1620AR005150REM

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
 PAS /MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
 HONDA/CG150 TITAN MIX E3 2009 2010

CAP POT CL CARC CORA COD PREDEFINITE
 2P/149CL PARTIC LARANJA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC COTAS
 IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

FAXA IPVA PARCELAMENTO COTAS
 1 ***** 2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 80.11 0.32 84.58 19/09/19

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA, MOTOR N° PE0002730

TABIRA 19/09/19

Roberto Carlos Moreira Pontelli
 DIRETOR PREO

PE Nº 015100605476 BILHETE DE SEGURO DPVA

ANTONIO SILVERIO DE SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

TABIRA-PE EXERCICIO DATA EMISSÃO
 2019 19/09/19

VA CNPJ OFF CNPJ PLACA
 1 026.408.034-03 KKW5730

RENAVAM MARCA/MODELO
 104629204 HONDA/CG150 TITAN MIX

ANO FAB ANO MOD CHASSI
 2009 09 9C2KC1620AR005150REM

PREMIO TARIFARIO
 R\$ (R\$) CONTRATAÇÃO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

26.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRECIZO PAGO (R\$)
 4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 [X] COTA UNICA [] PARCELADO 19/09/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.948.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 BLX NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.



DUT



02R-12

Carteira de Identidade

Roberto Carlos Moreira Pontelli

6.498.064 17/10/2016

<< CÍCERO AMANCIO DA SILVA >>

<< ARILDO AMANCIO DA SILVA >>

<< JOSEFA MARIA DA SILVA >>

SOLDAO - PE

<< CN 1035178 CART

ARCOVERDE-PE 19/09/19

040.798.614-29

27/12/1975

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA
SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Comprovação de registro de acidente declarado

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

CICERA AMANCIO DA SILVA : 040.798.664-29

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-12-04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800-022-8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

CICERA AMANCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3200040928

3 - CPF da vítima:
04079866429

4 - Nome completo da vítima:
CICERA AMANCIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

CICERA AMANCIO DA SILVA

6 - CPF:

040.798.664-29

7 - Profissão:
RECUSO

8 - Endereço:
RUA BELIZARIO GOMES BARRETO

9 - Número:
28

10 - Complemento:
CASA

11 - Bairro:
SÃO CRISTOVÃO

12 - Cidade:
AFOGADOS DA INGAZEIRA

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
56800-000

15 - E-mail:
CICERAAMANCIO18@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):
87-99922-6478

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3433 013

CONTA: 43768 8

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

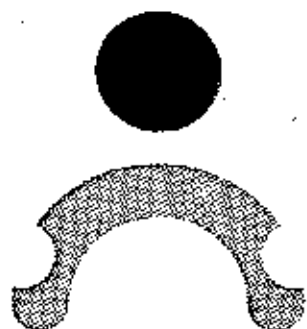
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 09/03/2020 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



20/03/20

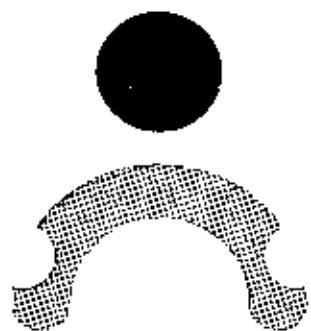
Correios		SEDEX
PESO (kg)	AR	MP
Recebedor		
Assinatura		Documento
OD 57854557 9 BR		
		

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
EN: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ			
CEP / Zip	CEP: 200100-904	UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Cicero Amâncio de Silva			
ENDEREÇO / Address			
R. Belizário Gomes Barreto nº 28			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
56800-000	Al. de Ingazeira	PE	
3200040928			

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (52) 3204-2900

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1598 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040928 **Cidade:** Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BURSECTOMIA/NEURÓLISE/OSTEOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.1_RELATÓRIO MÉDICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040928 **Cidade:** Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BURSECTOMIA/NEURÓLISE/OSTEOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1_RELATÓRIO MÉDICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Número do Sinistro: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CICERA AMANCIO DA SILVA : 040.798.664-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

CICERA AMANCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Número do Sinistro: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/03/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

CICERA AMANCIO DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana